



DEMANDE D'ANALYSE N° chrono/mois/année PAR
MEDECINS SANS FRONTIERES SECTION (MSF)
AUPRES DE NOM DU LABORATOIRE

I- Client :

Médecins Sans Frontières Section
Adresse, nom du contact, n° de téléphone & fax, e-mail

II- Laboratoire :

Précisez les coordonnées du laboratoire (adresse, nom, n° de téléphone & fax, e-mail)

III- Quantité à analyser :

Le laboratoire déterminera la quantité de lentilles à analyser, en utilisant la règle de la racine carrée du nombre total d'unités, et la précisera à MSF Section.

IV- Analyses à effectuer :

Facteurs de qualité	VALEURS CIBLES (cahier des charges MSF)
Taille des grains	4 à 6 mm
Taux d'humidité	14% max
Matières étrangères : poussière, brindilles, téguments, graines d'autres espèces...	1% max
Grains d'autres variétés	2% max
Grains cassés/fendus	4% max
Grains décolorés	3% max
Grains percés par les insectes	1% max
Insectes vivants	absence
Insectes morts	2/kg max
Temps de cuisson	env. 30 min après trempage de 24h (max. 50 min)
Microbiologie et contaminants	max
Salmonelle	absence dans 25g
Aflatoxines totaux	4 ppb
Ochratoxines	5 ppb

V- Résultats :

Un certificat d'analyses complet, comportant les renseignements suivant, sera remis à MSF:

- type de produit,

- numéro de lot,
- méthode utilisée pour chaque analyse,
- résultats détaillés pour chaque analyse,
- tolérances maximum pour chaque analyse, selon le cahier des charges MSF (voir paragraphe IV)
- La date, le nom et la signature de la personne émettant le rapport.

VI- Paiement :

Le prix total convenu pour l'analyse de **XXkg de type exact de lentilles** est de **DEVISE XX (montant total en toutes lettres devise)**

Le paiement sera effectué par MSF **section** une fois que le(s) certificate(s) d'analyse complet(s) auront été reçus par MSF.

VII- Litiges:

Dans tous les cas MSF **section** et **le laboratoire** tenteront de trouver une solution amiable au problème les opposant.

Dans le cas où MSF et **fournisseur** ne parviennent pas à un règlement amiable, le droit **français** régit les présentes conditions générales.

Lieu, date exacte

Lieu, date exacte

Pour MSF **section**

Pour **le laboratoire**

Nom
Fonction

Nom
Fonction